



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ADULTOS**

**NARRATIVAS DE MUJERES ADOLESCENTES
DIAGNOSTICADAS CON DEPRESIÓN EN RELACIÓN A SU PROCESO
DE CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD**

Un estudio exploratorio en un contexto público de salud

Trabajo para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica Adultos

AUTORA: MARÍELA A. CARTES REYES

PROFESOR GUÍA: CLAUDIO ZAMORANO DÍAZ

SANTIAGO DE CHILE, 30 DE DICIEMBRE DE 2014

RESUMEN

A través de la presente investigación se conocerán las narrativas de mujeres adolescentes diagnosticadas con depresión en relación a su proceso de construcción de identidad atendidas en un contexto público de salud, en usuarias que asisten a Psicoterapia en un Programa de Salud Mental del Hospital de Coelemu, Octava Región.

Primero que todo se abordará el concepto de depresión y la relevancia que presenta en la actualidad y las implicancias personales y sociales que conlleva, relacionado con esto se abordará el tema de la adolescencia y sus características y cómo esta etapa puede constituir un factor de fragilidad emocional para los jóvenes y la estrecha relación que se presenta entre adolescentes, familia y entorno.

Relacionado con lo anterior se abordará el tema de la construcción de la identidad y como ésta se puede ver influida por diversos factores sociales y terapéuticos.

Se trabajó con una muestra intencionada de 5 mujeres y para llegar a los resultados se propuso una epistemología basada en el construccionismo social y una metodología cualitativa.

Como conclusión con la presente investigación se conocerán los relatos de mujeres adolescentes diagnosticadas de depresión y como se va formando o desprendiendo de sus propios relatos, la construcción de su propia identidad como ente discursivo y relacional y los factores que van propiciando o deteriorando su adecuado desarrollo.

Así mismo, se conocerán y discutirán los dispositivos de tratamiento existentes en el contexto público y cómo estos son capaces de abordar o no la complejidad de lo que implica ser adolescente desde un contexto emocional y familiar.

Se postula en resumen que estos relatos de mujeres adolescentes entregarían nuevos elementos de intervención, aportando con una mirada distinta a los enfoques de intervención clásicamente conocidos.

INDICE

Introducción	6
Formulación del problema	9
Relevancia del tema	
Marco teórico:	
-Depresión	18
-Identidad y Adolescencia	45
Pregunta y Objetivos	45
Marco Metodológico	47
Tipo de Metodología	49
Descripción de la Muestra	49
Criterios de Inclusión	49
Criterios de Exclusión	50
Contacto y Consentimiento Informado	50
Situación de Entrevista	52
Método de análisis	53

Técnicas de producción de información	55
Análisis de los datos	57
Resultados	57
Presentación y análisis de resultados	59
Conclusiones y Reflexiones	72
Referencias Bibliográficas	79

INTRODUCCIÓN

La adolescencia al ser un período de cambios biopsicosociales puede ir presentando variables que propician la aparición de sintomatología depresiva que vayan afectando el normal desarrollo de un individuo, en esta etapa, el adolescente al no poder lograr una adecuada expresión de sus emociones, comienzan a facilitarse ciertos factores que conducen a inestabilidad emocional e inseguridad en el propio sentido individual y de ser en relación consigo mismo y los demás.

No es extraño que muchos adolescentes presenten altos niveles de confusión sobre su propia vida y comiencen a manifestar sintomatología depresiva, situación por la cual desembocan una serie de fenómenos, manifestados en malestares físicos y psicológicos de mediana a mayor complejidad.

Relacionado con lo anterior, el proceso de construcción de identidad en un adolescente con diagnóstico de depresión se ve influenciado por el entorno en el cual se desempeña, sea este familiar, escolar y clínico y va configurando y facilitando la construcción de su propia identidad en estos

diversos contextos, así como de prácticas de intervención en el entorno clínico. De esta idea surge la necesidad de conocer cómo opera esta construcción de identidad y de cómo el adolescente logra darle sentido a lo que vive y cuál es el rol que cumplen los dispositivos de tratamiento en el sistema público de salud a la hora de entregar psicoterapia y como éstos van reproduciendo prácticas clínicas encargadas de favorecer o no la búsqueda de identidad del adolescente.

La adolescencia como se señaló anteriormente, corresponde a un período de transición en el ciclo vital en donde se manifiestan diversos cambios biopsicosociales, en el caso de los adolescentes cobra especial relevancia, cuando hablamos de una etapa de transición, en donde la búsqueda y la importancia de saber quien se es, está muy relacionada con los discursos y practicas existentes en su propias familias y su entorno.

La presente investigación, se desarrollará en torno a mujeres adolescentes diagnosticadas con depresión que asisten a un programa clínico de Psicoterapia en un Contexto Público de Salud, se pretende conocer las narrativas existentes en ellas a través del conocimiento de sus propios relatos, se enfocará en adolescentes mujeres, ya que éste es el grupo

que presenta un porcentaje de prevalencia de síntomas, superior al grupo de los hombres en todos los grupos etáreos.

Estos relatos de mujeres adolescentes entregarían nuevos elementos de intervención, aportando con una mirada distinta a los enfoques de intervención clásicamente conocidos, ya que en la actualidad y como es sabido, la depresión se entiende desde un enfoque predominantemente moderno, en donde la relación médico-paciente o especialista y consultante, van determinando ciertas prácticas y pautas de intervención descartando otras, con las cuales en muchos casos polemiza o simplemente no tienen la cabida suficiente para manifestarse en los espacios terapéuticos actuales, no entregando los espacios suficientes para la comprensión y complejidad de aspectos centrales de la adolescencia, como es el proceso de construcción de identidad.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Si bien la depresión puede parecer un fenómeno nuevo en la sociedad, ésta ha existido desde tiempos remotos, Hipócrates ya en la Grecia antigua la denominaba “melancolía”, pero no es sino hasta el año 1725 en que un británico le otorga el nombre que conocemos hasta ahora, *depresión* y sería según la historia uno los trastornos psiquiátricos mas antiguos de los que se tenga constancia. (Jackson, 1986)

La depresión desde una perspectiva tradicional es una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por un tiempo habitualmente prolongado (a los menos de 2 semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso fásico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos. (Minsal, 2009)

Los trastornos depresivos afectan a alrededor de un 7,5% de la población general, y a casi un 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención. (Minsal, 2014)

La Encuesta Nacional de Salud (ENS 2011) con datos 2009-2010 estableció que, para personas de 15 años y más, la prevalencia de sintomatología depresiva de último año fue de 17,2%, llegando a un 25,7% entre las mujeres. También señala que a menor nivel educativo la prevalencia es mayor, evidenciando la importancia de los determinantes sociales en el desarrollo de depresión. (Minsal, 2013).

En la actualidad se ha observado en especial en la práctica clínica, un aumento de las adolescentes que presentan sintomatología depresiva generando en quienes presentan estas dificultades una serie de incapacidades que van desde leves a severas.

El problema de la depresión ha sido tradicionalmente entendido desde un enfoque moderno, primando los conceptos de terapeuta – paciente y una serie de prácticas que se van instaurando de manera consecutiva en el contexto de atención pública.

Debido a este fenómeno es que surge el interés por conocer cómo narra su historia la adolescente, para así poder comprender y posteriormente analizar sus narrativas y los efectos que posee en la construcción de su identidad, así como la influencia y significación que produce en el espacio terapéutico en este fenómeno.

Se postula que la identidad del adolescente se irá construyendo dentro de una determinada narrativa, surgiendo ésta como el resultado de las interacciones entre el adolescente y el contexto en el que se encuentre.

Todos los individuos estamos en una constante relación con un otro, es en esos momentos donde se van construyendo relatos impregnados de significados, los cuales van determinando nuestras relaciones y prácticas cotidianas.

Rice (2000), señala la importancia de analizar los problemas de los adolescentes tomando en cuenta la influencia de los principales contextos en donde éstos se desenvuelven, entre los que destacan aquellos entornos con los que tiene un contacto mas directo, como por ejemplo, la escuela, la familia y los amigos. Para este autor, la familia es la que tendría un mayor impacto e importancia en la vida de los adolescentes.

Minuchin (1984) señala que los problemas o síntomas que presenta un individuo, no son atribuibles a él sino a las diversas interrelaciones que establece en los contextos en los que se desenvuelve, todo esto según el autor desde una perspectiva sistémica.

Harter (1997) señala al respecto que la narrativa personal no se produce dentro de un vacío introspectivo, la personalidad es una construcción social en donde el grupo de compañeros cobra mucha importancia como fuente de valores, de orientaciones, de retroalimentación y de comparación social. Las expectativas, evaluaciones y exhortaciones de los padres también tienen un papel importante y bien pueden entrar en conflicto con la cultura de los compañeros.

Siendo uno de los objetivos a cumplir por el adolescente, el proceso de construcción de su identidad se conformaría por las relaciones mantenidas con los otros, espacio en donde se es capaz de lograr su diferenciación de los demás y su definición.

Las narrativas de mujeres adolescentes diagnosticadas con depresión, siendo la depresión un trastorno tan fuertemente diagnosticado en los centros de salud pública tradicionales, son espacios poco explorados y

estudiados por los psicoterapeutas, especialmente los que adscriben a la línea sistémica.

Por todo lo anteriormente mencionado es que se desprende la idea e inquietud de investigar sobre el tema de la adolescencia y sus narrativas asociadas, específicamente en adolescentes de edades entre 14 a 18 años, que están diagnosticados de depresión y que se encuentran en un proceso de construcción de identidad. En nuestro país, el fenómeno de la depresión en adolescentes si bien se encuentra en el discurso desde hace varios años y existiendo un amplio material clínico de intervención, es escaso el material que se dispone del tema en cuanto al enfoque narrativo.

En primer término, el interés de esta investigación es contribuir a recopilar información teórica y luego ir planteando nuevos fines exploratorios y descriptivos de la misma, a través del análisis de los propios relatos de las adolescentes diagnosticadas de depresión. Por lo tanto, pretende ser un aporte a las posibles voces no escuchadas dentro de la queja médica habitual, entregando una óptica distinta sobre como se van construyendo estos relatos, pretendiendo entregar nuevas conversaciones sobre los espacios y dispositivos en que se desarrolla la escucha terapéutica y la manera de enfrentar este malestar clínico presente en los adolescentes,

todo esto con el fin último de entregar nuevas alternativas de tratamiento a la depresión y su manejo.

RELEVANCIA DEL TEMA

En la actualidad existe un creciente interés por conocer de manera detallada y sistemática los factores que influyen en una etapa central de la etapa de todo individuo, como lo es la adolescencia.

La idea de generar un mayor conocimiento asociado a esta etapa de la vida dice relación, entre otras, con generar nuevas y mejores pautas de intervención y tratamiento que dicen relación con diversos trastornos y situaciones que sufren los adolescentes hoy en día, siendo uno de ellos, la depresión.

Desde una perspectiva constructivista, el diagnóstico de Depresión es un trastorno del ánimo que altera la calidad de vida de millones de personas alrededor del mundo, Chile no es la excepción. Estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud el año 2002, mostraron que 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y que la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. En efecto, se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar en la carga global de enfermedades. (Minsal, 2009)

En Latinoamérica, un estudio de prevalencia en población general en tres grandes ciudades de Brasil, encontró prevalencia de vida para estados “depresivos”, incluyendo depresión mayor entre 1,9 y 5,9 para hombres y 3,8 a 14,5 en mujeres.

En Chile, existen dos estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población general. El estudio de Trastornos Mentales comunes en Santiago, que utiliza la entrevista estructurada CIS-R, entrega prevalencia de una semana para “episodio depresivo” que incluye las principales categorías CIE-10 (F32.0, 01,10, 11 y F32.2). Este estudio muestra una prevalencia semanal total de 5,5%; (2,7% para hombres y 8,0% para mujeres).

Existen otros estudios en poblaciones específicas, tales como el estudio de prevalencia de Trastornos Depresivos (DSM III-R) en consultantes de un policlínico general, el que arrojó una prevalencia puntual de 14,7% para hombres y 30,3% para mujeres. El estudio en estudiantes de enseñanza media (adolescentes), utilizando el Inventario de Beck, donde se encontró un 13,9% de síntomas depresivos en hombres y 16,9% en mujeres de dos liceos del área sur de Santiago.(Minsal, 2009)

De lo revisando anteriormente y por diferentes características socioculturales, queda de manifiesto que son las mujeres las más propensas a padecer este trastorno.

La depresión desde hace un par de años, se le ha dado una atención prioritaria a través de una garantía explícita de salud, como es el “Ges”.

Tanto en el sistema de atención público como privado, éstas atenciones médicas y psicológicas son demandadas por un gran número de personas, correspondiendo éstas en un gran porcentaje a mujeres.

Con respecto a la depresión, en nuestro país predomina un tipo de discurso basado principalmente en el modelo biomédico, siendo muy escaso el material que se dispone desde otros enfoques, queriéndose proponer por tanto, con las limitantes propias de una investigación, otras alternativas de terapia y de intervención. Se espera conocer cómo las adolescentes van narrando y dando significado a sus propias experiencias de depresión en la construcción de su identidad y como estas se pueden ver influenciadas por el medio social y por los espacios terapéuticos donde se van desarrollando estas historias.

De ahí deriva el interés de realizar este estudio, específicamente en mujeres adolescentes y sus narrativas respecto a la depresión. El estudio está enfocado para fines principalmente investigativos, sentando un precedente para estudios posteriores, entregando lineamientos para el establecimiento de una reflexión e instauración de nuevas prácticas de intervención desde la psicoterapia narrativa que dicen relación con generar una mayor conciencia sobre los relatos de las adolescentes y conocer como se van tejiendo estos significados en la interrelación con sus figuras significativas, también pretende generar una mayor conciencia en la sociedad y en los profesionales que componen los equipos de salud mental.

Esta comprensión será sin lugar a dudas un aporte a la práctica clínica con adolescentes, ya que entregará nueva información relevante que podría orientar el tratamiento individual del adolescente y sus familias.

Por último, al poder conocer cómo construyen la identidad las adolescentes, en el contexto de sus relaciones familiares y qué sentido le dan a la presencia de sintomatología depresiva en sus vidas, ayudará a tener una comprensión más acabada de lo que les está sucediendo y así poder entregar una ayuda profesional acorde a la situación que se requiere.

MARCO TEORICO

DEPRESIÓN

En la actualidad, las enfermedades mentales en conjunto con los accidentes y otras enfermedades no transmisibles constituyen uno de los grandes desafíos sanitarios para las próximas décadas. (Minsal, 2000)

La salud mental se define como la capacidad de personas, familias y comunidades para interactuar entre si y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. En contraposición, las enfermedades mentales corresponden a aquellos procesos que se diagnostican como entidades nosológicas preestablecidas de acuerdo a criterios definidos en clasificaciones internacionales (ej. CIE 10). (Minsal, 2000).

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia que trasciende a lo que se considera como normal. Puede implicar

la pérdida de interés en actividades hasta entonces placenteras, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica. (Minsal, 2013)

Otros autores, entre ellos Lizondo (2008), define a la depresión de la siguiente manera, (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

La depresión desde una perspectiva tradicional es una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por un tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas). (Minsal, 2009)

Prevalencia

La prevalencia global de los trastornos mentales a nivel mundial de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), sería aproximadamente de 851 millones de personas, constituyendo alrededor de un 15% de la carga mundial de enfermedad. La depresión mayor destacaría entre estos trastornos, estimándose que para el 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo.

Según el Ministerio de Salud (Minsal, 2009) en una publicación del año 2009, señala lo siguiente: a nivel mundial, la depresión tiene una prevalencia de un 2% en la niñez y de un 4% a un 8% en la adolescencia, aumentando en la medida que se avanza en el periodo evolutivo (riesgo de 2 a 4 veces mayor después de la pubertad, especialmente en mujeres). La relación entre mujeres y hombres es de 1:1 en menores de 10 años y de 2: 1 en la adolescencia. Existen cuadros subsindromáticos que pueden afectar entre un 5% a un 10% de niños y adolescentes.

Los estudios epidemiológicos chilenos tienen pocos datos con respecto a este grupo de edad. El estudio en estudiantes de enseñanza media (adolescentes) utilizando el inventario de Beck encontró un 13,9% de

síntomas depresivos en hombres y 16,9% en mujeres en dos liceos del área sur de Santiago. (Minsal, 2009)

La prevalencia en adolescentes oscila entre un 3% y un 8%, con una prevalencia de vida de aproximadamente un 20% en el final de esta etapa.

La depresión en la actualidad ha sido asociada con diversas problemáticas como el incremento de la mortalidad, la tasa de suicidios y homicidios, comportamientos agresivos y el consumo de drogas (Pardo, Sandoval y Umbarita, 2004).

DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN SEGÚN EL CIE-10

Se efectuará una definición breve del concepto de depresión según el CIE-10 por ser éste el manual que usa el Ministerio de Salud Chileno para definir el concepto de depresión y el que es usado habitualmente en los espacios terapéuticos tradicionales de atención pública.

El CIE-10, señala que la anomalía fundamental en la depresión es una alteración del humor o de la afectividad, acompañada de cambios en el nivel general de actividad y descenso en la vitalidad.

Episodio depresivo

El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave; según el número, tipo y gravedad de los síntomas.

Los cambios asociados al trastorno depresivo, pueden ser más fácilmente identificables en los ámbitos en los cuales las personas se desenvuelven más regularmente. De esta forma, los cambios en los contextos familiares, educativos o laborales, persistentes por más de dos semanas casi todos los días, puede ser manifestaciones de un cuadro depresivo, como por ejemplo:

- Falta de interés en las actividades que normalmente resultan agradables
- Desgano o sensación de agotamiento constantes.
- Alteraciones fisiológicas sostenidas, como insomnio- hipersomnia o falta-aumento del apetito.
- Disminución de la capacidad para concentrarse o disminución del rendimiento escolar o laboral.
- Irritabilidad o labilidad emocional.
- Quejas somáticas constantes.

- Aumento en el consumo de sustancias.
- Expresión de ideas de desesperanza o culpa.

Según la Guía Clínica del Ministerio de Salud (2013) referida al manejo de este trastorno, señala al respecto que en las mujeres, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica. En un análisis estadístico multivariable se encontró que la edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido, son los mejores predictores de depresión mayor en mujeres. Un número elevado de síntomas atípicos en las mujeres podría estar reflejando una diferencia fisiopatológica en la depresión de hombres y mujeres.

La depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, sugiriendo que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento

cognitivo (Minsal, 2013). Es entonces comprensible el por qué la depresión cause una discapacidad laboral significativa.

La naturaleza de la depresión, no es físicamente medible, sino que depende del auto reporte o de la inferencia que se haga de la conducta de la persona deprimida, esta situación contribuye a la falta de comprensión y al estigma, dilatando o impidiendo la adecuada detección y manejo. (Minsal,2014)

La presentación clínica puede ser distinta en cada individuo y episodio. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en adolescencia, en donde la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre el estado depresivo. (López, 2007)

Los criterios diagnósticos usados para la depresión en adolescentes son similares a la de la depresión en adultos, por lo que es homologable, sin embargo, hay diferencias clínicas, pronósticas y terapéuticas según la etapa evolutiva del adolescente. (Minsal, 2009)

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como: irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas (Zarragoitía, 2010).

También un cuadro depresivo puede ser acompañado de síntomas somáticos como:

Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotriz clara, pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, pérdida marcada de apetito, pérdida de peso y pérdida marcada de la libido.

DISPOSITIVOS ACTUALES DE TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

La última versión de una política y plan de salud mental en Chile es el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2001.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, del año 2001, incluye especificaciones sobre el presupuesto que es necesario para su implementación, pero no define un cronograma ni metas cuantitativas a lograr. Si bien, el país no dispone de una legislación específica sobre salud mental, existen varias leyes que incluyen componentes o disposiciones que se aplican o influyen en aspectos de salud mental. (Minoletti, 2014)

El país cuenta además con algunos procedimientos y documentación estandarizada para facilitar la implementación de la legislación relativa a salud mental, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- Guías clínicas para los cuatro problemas de salud mental incluidos en la Ley N° 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud (esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial y dependencia a drogas y alcohol y trastorno bipolar) (Minoletti, 2014)

Con respecto a la Guía Clínica de Depresión en personas de 15 años y más, el Ministerio de Salud viene desarrollando una serie de Guías Clínicas, siendo su versión mas actualizada la correspondiente al año 2013.

Esta guía define los trastornos depresivos según su intensidad, clasificándolos como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional. (Minsal, 2013).

Esta Guía adopta los criterios de clasificación diagnóstica para la depresión contenidos en la Décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (22), para el Episodio Depresivo (F32) leve (F 32.0), moderado (F32.1), grave sin síntomas psicóticos (F32.2), grave con síntomas psicóticos (F32.3), otros episodios depresivos (F32.8), episodio depresivo sin especificación (32.9). De la misma forma se incluyen los trastornos depresivos recurrentes (F33) episodio actual leve (F33.0), moderado (F33.1), grave sin síntomas psicóticos (F33.2), grave con síntomas psicóticos (F33.3), actualmente en remisión (F33.4), otros trastornos depresivos recurrentes (F33.8), trastornos depresivos recurrentes sin especificación (F33.9). (Minsal, 2013)

Algunos autores sugieren que la evaluación de la complejidad del cuadro depresivo debe considerar las comorbilidades con Trastorno de estrés post traumático, Trastorno por consumo de sustancias, psicosis, riesgo suicida, manía, estresores psicosociales significativos o situaciones relacionadas con conflictos bélicos, así como la cronicidad del cuadro, entendida como más de dos años de mantenimiento de síntomas a pesar del tratamiento.

La Guía Clínica de Depresión en personas de 15 años y más del año 2013, aborda la atención de personas con 15 años y más que cursan episodio depresivo único (CIE 10) o trastorno depresivo mayor episodio único (DSM-IV) y trastorno depresivo recurrente (CIE 10) o trastorno depresivo mayor recurrente (DSM-IV). Establece recomendaciones para el manejo tanto de la depresión leve, moderada y grave con o sin síntomas psicóticos, con comorbilidad médica física y mental, así como de la depresión en ciertos grupos específicos (mujeres durante el embarazo o posparto, adolescentes, adultos mayores entre otros) e incluye el enfoque de género que reconoce las diferencias en el tratamiento del cuadro depresivo de hombres y mujeres. (Minsal, 2013)

Respecto de la depresión en el embarazo y posparto, esta guía entiende postnatal hasta el primer año de vida del bebé. El período perinatal incorpora al tiempo transcurrido desde la concepción.

Entiende además la importancia que tiene sobre el bienestar de la madre y el hijo, tratar el cuadro depresivo. (Minsal, 2013).

Los objetivos de esta guía, además de ser un referente para el tratamiento de personas de 15 años y más con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente, son los siguientes:

- Detectar en forma activa, personas en grupos de riesgo para desarrollar depresión, teniendo presentes las características propias del género, momentos del curso vital o antecedentes médicos, en la manifestación y aparición de la enfermedad.
- Disminuir las complicaciones de la depresión y disminuir recaídas y recurrencias, mediante la detección precoz y el tratamiento oportuno, continuo, eficiente adecuado, basado en las recomendaciones emanadas de la evidencia, de acuerdo a las características propias del cuadro, género, momentos del curso vital o antecedentes médicos.
- Favorecer el uso racional de recursos mediante las recomendaciones de las intervenciones más costo-efectivas para el tratamiento de personas de 15

años y más con depresión de acuerdo a las características propias del cuadro, género, momentos del curso vital o antecedentes médicos.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS PERSONAS CON DEPRESIÓN

- Grupo de población a la que está dirigida. Población mayor de 15 años, focalizando en:
 - Adolescentes, mujeres y adultos mayores consultantes en establecimientos de atención primaria.
 - Adolescentes, mujeres y adultos mayores consultantes a médicos generales en el sistema de libre elección y privado de salud.
- **Tipo(s) de establecimiento(s) en que se otorga la atención**

Consultorios Urbanos y Rurales, Postas Rurales que reciben equipo médico de ronda, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) Servicios de Urgencia y Centros Médicos y consultas privadas de médicos generales.

- **Normativa técnica que regula la intervención**

Guía Metodológica “Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención”, Ministerio de Salud, 1998.

“Pautas diagnósticas y de actuación ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión CIE 10”, OMS, 1996.

- **Forma de acceso a la atención**

Personas cuyo motivo de consulta de morbilidad es por sintomatología de probable depresión o ésta es detectada activamente por el médico.

Personas referidas por otro profesional del equipo de salud que detecta síntomas depresivos en examen de salud: Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA), del Adulto Mayor (ESPAM), del Adolescente, control ginecológico u otro tipo de atención.

Personas que son referidas desde la comunidad: grupos de autoayuda (con patología crónica, de adultos mayores), redes de prevención y protección frente a la violencia, u otros.

- **Prevalencia poblacional**

De cada 1.000 personas mayores de 15 años, 75 de ellas presentan un trastorno depresivo

- **Demanda estimada al año**

De cada 1.000 personas mayores de 15 años, 30 de ellas demandarán efectivamente atención de salud.

Las variables que se usan para la programación de la atención son las siguientes:

- Técnico o Profesional.
- Demanda estimada al año.
- Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
- Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

En el **ANEXO N ° 4** se presenta una tabla grafica donde quedan detallados las prestaciones y actividades de atención primaria para personas con depresión referentes a una consulta médica en salud mental y una consulta de salud mental.

En el **ANEXO N ° 5** se presenta una tabla grafica donde quedan detallados las prestaciones y actividades de atención primaria para personas con depresión referentes a: Intervención Psicosocial, Psicoterapia Grupal, Intervención/Actividad Comunitaria, Consultoría/Enlace de Salud Mental.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PERSONAS CON DEPRESIÓN

- **Grupo de población a la que está dirigida**

Personas con trastornos depresivos severos, con riesgo de suicidio, complicados con comorbilidad psiquiátrica y/o resistentes al tratamiento realizado por el equipo de salud general y/o atendidas en servicio de urgencias por depresión severa.

- **Tipo(s) de establecimiento(s) en que se otorga la atención**

Consultorios de especialidades, CRS, CDT, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Psiquiatría, Centros Médicos o consulta privada de especialistas, Clínicas Privadas.

- **Normativa técnica que regula la intervención**

Guía Metodológica “Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención”, Ministerio de Salud, 1998.

Programa educativo de la Asociación Mundial de Psiquiatría sobre Trastornos Depresivos, Módulo I (Colaboración OPS y Asociación de Psiquiatría de América Latina APAL, 1997)

- **Forma de acceso a la atención**

- Mediante consultorías entre especialista y equipo APS o equipo de Urgencias

- Mediante interconsulta emitida en Consultorio, Consultorio de Especialidades no psiquiátricas, o por médico general o médico especialista no psiquiatra de libre elección.

- Mediante derivación de Servicio de Urgencia.

- **Demanda estimada al año**

Por cada 1.000 personas mayores de 15 años, 6 de ellas requerirán atención especializada para tratamiento por depresión.

Las variables que se usan para la programación son las siguientes:

- Técnico - Profesional

- Demanda estimada al año.

- Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.

- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.

- Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

En el **ANEXO N ° 6** se presenta una tabla gráfica donde quedan detallados las prestaciones y actividades de atención especializada para personas con depresión referentes a: Consultoría /Enlace de Salud Mental y Consulta Psiquiátrica.

En el **ANEXO N ° 7** se presenta una tabla gráfica donde quedan detallados las prestaciones y actividades de atención especializada para personas con depresión referentes a: Psicodiagnóstico, Psicoterapia Individual, Psicoterapia Individual, Psicoterapia Grupal, Día Cama Hospitalización Corta y Mediana Estadía.

IDENTIDAD Y ADOLESCENCIA

La adolescencia en un sentido tradicional se caracteriza por ser un periodo de profundos cambios físicos, sociales y psicológicos en las cuales un individuo se ve expuesto a un sinnúmero de preguntas sobre la formación de sí mismo y que se relacionan estrechamente con el contexto en el cual este se desenvuelve.

La adolescencia, al igual que la niñez, es un periodo evolutivo que ha sufrido cambios en su grado de “visibilidad” social a través de la historia y de las culturas. En nuestra cultura occidental, aunque la *pubertad* - entendida como ese conjunto de cambios físicos que denotan la madurez física de un individuo adulto ha existido siempre, el individuo que sufría estos cambios no era considerado de igual forma a lo largo de los siglos.

Así, con anterioridad al siglo XX, tanto la constitución de una familia como la incorporación al mundo laboral, y en definitiva la entrada en el mundo adulto, era muy rápida y es, por tanto, a partir del desarrollo de las sociedades industriales y los avances científicos y tecnológicos asociados, cuando comienza a requerirse otra concepción del sujeto adolescente. Puede ser por este motivo, por el que en las sociedades actuales, caracterizadas por

una creciente especialización y complejidad, la etapa de la adolescencia se dilata de manera progresiva y continua. De este modo, el concepto de *adolescencia*, asociado con la idea de tránsito evolutivo, se ha ido construyendo socialmente.

La mayoría de los jóvenes se integran sin problemas en nuestras sociedades pero una parte no despreciable le cuesta trabajo darle sentido a su vida y proyectarse de manera apropiada en su historia futura. (Le Breton, 2012)

La adolescencia según Le Bretón es el momento en que se establece de forma duradera un sentimiento de identidad todavía maleable para el joven que no deja de preguntarse lo que es.

La travesía de la adolescencia según este autor, no es una línea recta bien señalizada, sino mas bien un sendero de líneas quebradas, difícil de seguir, con un suelo, que a veces desaparece bajo los pies.

El adolescente, como el adulto, es heredero del niño que fue y que cada individuo reactualiza, a lo largo de su existencia la constelación afectiva de su infancia. Su historia personal traduce la manera en que se reconstruye esas experiencias.

El paso de la adolescencia abarca desde las transformaciones de la pubertad a la entrada en la vida adulta; se asemeja a una fractura en el sentimiento mismo del sentimiento de identidad. (Le Breton, 20012)

Foucault (1988), describe la identidad como pliegues que van de adentro hacia fuera y que se refiere a las formas y modalidades de la relación consigo mismo por las que el individuo se constituye y reconoce como sujeto.

Martínez, (2007) señala que la identidad se conforma en el interjuego con los demás constituidos en sociedad, lo cual permite a cada quien reconocerse en su singularidad y ser a la vez imagen especular -social- donde los demás se reconocen.

Para un adolescente, según Le Breton, ningún rito marca ya el paso o sella la trayectoria hacia el sentimiento de ser un adulto. Una sociedad de individuos conduce a la individualización del sentido y por tanto la necesidad de instituirse primero por sí mismo. Los acontecimientos simbólicos que le otorgaban al joven la sensación de haber superado una etapa mayor en su camino han perdido ampliamente su significado sin que otros la reemplacen.

Las identidades y las alteridades son construcciones intelectuales que se confirman en su carácter relacional y se afirman en la singularidad y la diferencia. La singularidad reclama necesariamente un exterior de confrontación que mida a la identidad en tanto y en cuanto son construcciones que inauguran el campo de lo humanamente posible. La diferencia, presencia fantasmagórica de la singularidad, necesita poseer un 'locus' que también habilite y permita su existencia. Por tanto no hay identidad que no postule al mismo tiempo una alteridad: no hay el Mismo fuera del Otro, o bien lo mismo y lo otro. (Silva, 2001)

En el curso del desarrollo, a partir de la relación de apego, las emociones son utilizadas en la construcción del sistema representativo del sí mismo y de las otras figuras significativas; de este modo, la autorrepresentación de las emociones, (es decir su representación a nivel consciente) constituye el elemento central en torno al cual se articula la construcción del sí mismo respecto al espacio intersubjetivo en el cual el individuo se encuentra viviendo. (Nardi, 2001).

Cuando se habla de la construcción de identidad en la adolescencia, se habla de un proceso que implica que el sujeto posee herramientas que le

permiten reorganizar sus representaciones acerca de sí mismo, de los otros y de su lugar en la sociedad. (Briuoli, 2007)

A partir de ciertas condiciones indispensables, el individuo, sobre su montaje biológico, se constituye en sujeto capaz de representar, simbolizar, comunicar, pensar. Revisar sus biografías personales y sociales. Construir nuevos sentidos sobre su experiencia existencial desde todas sus dimensiones: Verse, expresarse, juzgarse, narrarse, dominarse. (Briuoli, 2007)

Esta misma autora señala que han existido cambios en los procesos de identificación, y que ello acarrea nuevos modos de conducta y de vinculación: exclusión, desocupación, adicciones, violencia. En consecuencia, estas condiciones materiales y simbólicas de la vida generan malestar y cambios en la subjetividad de los individuos. Pérdida de identidad social, fragmentación de los lazos sociales, vulnerabilidad, aislamiento, individualismo, aumento de la violencia, refugio en las adicciones, nuevas problemáticas sociales. Depresión, melancolización, encierro, sentimiento de vacío y desamparo, soledad y temor, padecimientos psicosomáticos se suceden en los relatos al momento de las entrevistas.

Los cambios que se dan en el mundo externo repercuten en la subjetividad del individuo, en su mundo familiar, el sujeto se siente impotente, fragmentado, inseguro, con baja tolerancia a la frustración. Precarización psíquica. La vivencia o amenaza del fracaso puede iniciar el proceso de una enfermedad psíquica, estados depresivos. El grupo familiar y el medio social con sus presiones incrementan estos sentimientos en el sujeto y generan mayor conflicto y mayor fragilización.

Con respecto a la depresión, diversos investigadores mencionan la importancia que tiene el ambiente familiar para el desarrollo de este trastorno. Autores como Cummings y Davies (2002), indican que la exposición de los adolescentes a familias hostiles, con patrones de educación autoritarios e incongruentes, estaría relacionada con diversos desajustes cognitivos y emocionales y cognitivos entre los que se encontraría la depresión. Autores como Moreno, Del Barrio y Mestre (1996), relacionan lo anterior con la mayor incidencia de problemas emocionales y de conducta durante la pubertad y la adolescencia.

Nardi (2008) ha señalado que las descompensaciones depresivas adolescentes prosiguen a eventos vividos como pérdidas (separaciones, reales o amenazas, revelaciones que llevan a ver en forma negativa la

imagen y la relación con una persona significativa, enfermedades graves o pérdida de un ser querido, erradicaciones sociales o cambio de residencia, fracaso escolar o laboral, problemas económicos, etc.

La presencia de depresión en la adolescencia esta asociada a problemáticas en múltiples ámbitos como el de la salud, el laboral o el escolar. Es en este último donde se pueden apreciar de una manera clara los efectos de este trastorno en la adolescencia, debido a la gran parte del tiempo que los jóvenes pasan en la escuela. En este sentido, algunos estudios han encontrado que la presencia de trastornos depresivos están asociados a problemas que influyen en el rendimiento escolar como el surgimiento de un sentimiento de incapacidad para afrontar las exigencias académicas y poco entusiasmo frente al trabajo escolar (Campo-Arias, González, Sánchez, Rodríguez, Dallos y Díaz-Martínez, 2005).

PREGUNTA Y OBJETIVOS

Luego de haber mencionado y articulado los conceptos centrales del marco teórico, se formula la pregunta de investigación:

Pregunta de Investigación:

¿Cuáles son las narrativas de mujeres adolescentes con diagnóstico de depresión en relación a su proceso de construcción de identidad?

Objetivos de la Investigación:

Objetivo General:

- Conocer las narrativas de mujeres adolescentes que presentan un diagnóstico de depresión respecto de su proceso de construcción de identidad en el contexto de un sistema público de salud.

Objetivos específicos:

- 1.-Relacionar aspectos biográficos con la vivencia depresiva de las adolescentes.
- 2.-Describir la relación existente entre la autoimagen de las adolescentes y su diagnóstico de depresión.
- 3.- Analizar las quejas emocionales de las adolescentes y su inclusión con los actuales tratamientos y dispositivos de atención..

MARCO METODOLOGICO

Tipo de metodología

El término metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas (Taylor y Bodgan, 1987)

La presente investigación utiliza un enfoque cualitativo de investigación, en el cual no se adaptan al individuo categorías teóricas preestablecidas, sino que la especificidad del sujeto se construye en el proceso de aproximación metodológica al investigado, donde la teoría proporciona un marco para dar sentido a lo que se produce en la relación con el sujeto investigado, estando la consistencia del conocimiento dentro de la organización del sujeto y no en la organización de la teoría. Desde este enfoque es el investigador el que tiene que construir el conocimiento del otro como parte del momento metodológico, en una relación comunicativa con su objeto de estudio, que es el sujeto que se expresa, piensa y se compromete afectivamente. (González Rey, 2000).

Este tipo de metodología es esencialmente interactiva, y en ésta el método deja de ser el depositario del carácter científico del conocimiento,

pues la científicidad se da por la congruencia, continuidad y capacidad progresiva de desarrollo que tiene la teoría en relación con el objeto de estudio. Aquí los instrumentos sirven para entrar en la lógica del sujeto y no para introducir al sujeto a la lógica del instrumento, o para estandarizar la riqueza del conocimiento del sujeto que responde de manera individual.

En esta aproximación no pretende cuantificar elementos comunes ni reducir a las personas a los fenómenos estudiados, sino más bien explorar con riqueza sus experiencias mediante la interacción con los informantes de un modo natural, no intrusivo y comprendidas como un todo (Taylor y Bogdan, 1987).

Desde este enfoque, el propósito de estudio es la comprensión centrada en la indagación de los hechos, donde los investigadores se comprometen en la interpretación de los sucesos y acontecimientos en virtud del objetivo de construir conocimiento (Rodríguez, G., et al, 1996).

En un nivel ontológico esta investigación concibe la realidad como dinámica, global y construida en un proceso de interacción con la misma. Mientras que en el nivel epistemológico asume una vía inductiva, partiendo de una realidad concreta y de los datos que ésta aporta para desarrollar una

teorización posterior (Guba, Lincoln y Angulo. En Rodríguez, G., et al. 1996).

Diseño metodológico

Esta investigación es de tipo exploratoria puesto que no existe demasiada variedad en la cantidad de investigaciones vinculadas a esta temática y presenta un carácter de tipo descriptivo.

Descripción de la muestra

La muestra corresponde a adolescentes mujeres que presenten un diagnóstico clínico de depresión y que estén en un proceso psicoterapéutico en el Hospital de la comuna de Coelemu, Octava Región. El número de adolescentes entrevistadas fueron 5.

Criterios de inclusión

Edad: Se considera a adolescentes que tengan edades entre 14-18 años. Este rango alude a la relevancia de contar con sujetos que estén en la etapa de la adolescencia

Sexo: Se considerará solo a mujeres por tanto la variable género será una distinción relevante para este estudio.

Diagnóstico de depresión: Los adolescentes deben tener o haber tenido en alguna etapa de su vida un diagnóstico de depresión otorgado por un centro de atención pública de salud.

Proceso terapéutico: Se considera a adolescentes ingresados en el programa de salud mental del Hospital Público de Coelemu, Octava Región. Las narrativas de las adolescentes serán obtenidas a través de 5 entrevistas, las cuales se encuentren en tratamiento psicoterapéutico.

Criterios de Exclusión

Existencia de antecedentes de trastornos psiquiátricos severos, esquizofrenia o discapacidad intelectual.

Contacto y Consentimiento Informado

El acercamiento con los participantes del estudio se hizo a través del Liceo de Coelemu, en donde se puso en contacto con la orientadora del establecimiento lugar donde las adolescentes estudian. Se le explicó a la orientadora los objetivos de la investigación y la importancia de su colaboración para llevar adelante el proceso. La orientadora estuvo de acuerdo con apoyar la investigación y pasó siguiente facilitó una lista de

posibles candidatas a participar en el estudio que cumplieran los requisitos señalados en los criterios de inclusión. Se realizó una lista inicial de 10 alumnas, las que se fueron descartando según la disponibilidad de poder concretar una entrevista (ya que algunas de ellas presentaban una alta inasistencia), otras se encontraban en complejos procesos terapéuticos, donde la propia orientadora sugería no realizar algún tipo de entrevista en consideración que la alumna pudiese sentirse presionada a contestar las preguntas. En conjunto con la orientadora se eligieron a las 5 candidatas idóneas a participar en la muestra, quienes al plantearse la posibilidad de la investigación, accedieron de manera favorable. En primera instancia, se estableció un contrato verbal con la adolescente, luego que las adolescentes accedían a la investigación, se citó a su familiar responsable, dándole a conocer los objetivos de la investigación, el tipo de entrevista, la duración en tiempo, la confidencialidad de su identidad, así como también la grabación y transcripción de las entrevistas. Luego que las entrevistas con el familiar responsable se concretan, se les presenta el consentimiento informado, que fue firmado en acuerdo con que el adolescente participe del proceso investigativo.

El Consentimiento informado se logra como resultado del proceso de diálogo y de colaboración en el que se intenta tener en cuenta la voluntad y los valores del paciente y su familiar responsable. (ANEXO 1).

La misma investigadora luego de lograr el consentimiento informado de la alumna y familiar responsable, se dejó estipulada una fecha y hora de entrevista, momento en el cual se le explicaba a cada una de las entrevistadas, los propósitos de la misma y la necesidad de grabarla. Se utilizó el mismo procedimiento con las 5 participantes del estudio.

Situación de Entrevista

Las adolescentes fueron entrevistadas por la investigadora, favoreciendo así la intimidad, confianza y respeto de la situación de entrevista. Las entrevistas se realizaron en la hora acordada, de acuerdo a la disponibilidad tanto del adolescente como de la investigadora.

Cada una de las entrevistas se realizó con una duración aproximada de 45 minutos, previo acuerdo de ser grabadas y el lugar acordado con ellas, se estableció que el lugar idóneo para realizar las entrevistas sería una de las oficinas donde trabajaba la investigadora que correspondía a la misma institución donde las alumnas estudiaban, el lugar correspondió al Liceo

Domingo Ortiz de Rozas de Coelemu, lugar donde todas las entrevistadas eran alumnas, se trató de que fuera una conversación agradable, lo menos parecida a una consulta psicoterapéutica.

Las entrevistas se realizaron a modo de conversaciones con cada adolescente en forma individual.

Método de análisis

El análisis narrativo en investigación cualitativa en psicología general, y en psicología clínica particular, ha experimentado un creciente desarrollo en la última década. Comprende una familia de enfoques de análisis de distintos tipos de textos que tienen en común una forma narrativa, dadas sus características prototípicas de referir secuencias de hechos y consecuencias.

En este enfoque de análisis se considera que las narraciones no reflejan el pasado, sino más bien lo refractan, pues los narradores interpretan el pasado en lugar de reproducirlos como copia exacta. Esto supone que la verdad en una narración no está en sus fieles representaciones del mundo vivido, sino en las conexiones que los narradores forjan entre el pasado, presente y futuro. El análisis de estas narraciones permite crear

conexiones entre la biografía personal y el entorno social, entre lo personal y lo público. (Riessman, 2003)

Bruner (1991) señala al respecto lo que es una narración, quien señala que esta consta de una secuencia singular de sucesos, estados mentales, acontecimientos en los que participan los seres humanos como personajes o actores. Estos componentes no poseen significados propios, su significado lo da el lugar que ocupan en la configuración global de la totalidad de la secuencia, su trama o fábula. La narración estaría compuesta por la secuencia de eventos y de la trama total que se configura. De esta forma se constituye una dialéctica entre ambos elementos, que se influyen mutuamente y que no pueden ser considerados aisladamente pues son interdependientes. De esta misma forma para conocer el significado de un evento o experiencia vital específica, es necesario conocer la trama desde donde se posiciona y que le permite adquirir sentido y significado.

Técnicas de producción de información.

El instrumento utilizado en esta investigación fue la entrevista narrativa, método que es coherente con el modelo narrativo de esta investigación.

“En la entrevista narrativa se pide al informante que presente la historia de un área de interés, en la que participó el entrevistado, en una narración improvisada... la tarea del entrevistador es hacer que el informante cuente la historia del área de interés en cuestión como un relato coherente de los acontecimientos relevantes desde su principio hasta su final” (Hermanns, 1995, 183 en Flick, 2004, p. 111).

. Una narración según este investigador logra acercarse al mundo experiencial del entrevistado considerando un resumen de la situación inicial (“cómo empezó todo”). Luego se seleccionan los acontecimientos relevantes para la narración y se presenta una progresión coherente de acontecimientos (“cómo se desarrollan las cosas”). Por último, se presenta la situación al final del desarrollo (“en qué se convirtió la historia”) (Flick, 2004).

La entrevista narrativa se inicia utilizando una pregunta generadora de narración, luego se continúa con un estadio de preguntas de narración en el que se completan los fragmentos que no se detallaron antes de manera exhaustiva. En la última fase, llamada fase de balance, pueden hacerse preguntas para entender de mejor manera lo que ocurrió. (Flick, 2004)

Se realizaron 5 entrevistas a adolescentes que presentan diagnóstico de depresión utilizando el método anteriormente descrito.

Análisis de los datos

El análisis de las entrevistas se hizo en base al método de Labov.

Labov (1972, en Riesmann, 2003) plantea que para organizar la estructura de la narración se deben seguir una serie de pasos, en los que se procura dar a la historia no sólo un inicio, un desarrollo y un final, sino además atender a que esta contenga en la mayoría de los casos, un RESUMEN (sumario de toda la historia), ORIENTACIÓN (tiempo, lugar, personajes, actividad y situación al comienzo del relato), COMPLICACIÓN DE LA HISTORIA (nudo de la historia), EVALUACIÓN, RESULTADO o RESOLUCIÓN (cierre de los hechos) y CODA (Generalización de la historia o comentarios sobre lo narrado).

Todo este proceso de resumir y ordenar implica un acto de interpretación que es descubierto, pero también orientado y se considera la apertura de una interpretación alternativa (Mcleod, 2000)

Para mantener el sentido de la totalidad de la historia se ordenaron las secuencias de las historias que componen la narración en una línea temporal.

Este método de análisis se relaciona con la pregunta de investigación, en tanto logra dar respuesta al análisis y la descripción de las narrativas de las jóvenes participantes de esta investigación, tanto de una forma individual como mas amplia de una manera individual, así como también generando una mirada mas amplia, que permitirá extraer importantes conclusiones a través de estos relatos comunes que las jóvenes comparten.

Todos los autores coinciden en la importancia de que existan estas 6 unidades mencionadas con el fin de poder organizar el relato. Considerando a la orientación, la evaluación y la resolución como son fundamentales, sin embargo, se considera a la complicación como el elemento esencial en toda narrativa, ya que como lo señala Witting (2004) “sin complicación no hay narración” (p. 92).

RESULTADOS

Presentación y análisis de resultados

En la presentación de los resultados se exponen las conclusiones obtenidas a través de las entrevistas narrativas realizadas a los adolescentes con diagnóstico de depresión y que acuden a psicoterapia en el Hospital de Coelemu, Octava Región.

Se presentará la estructura y el contenido de las narrativas de las entrevistadas, con el propósito de entregar un análisis más acabado acerca de la información que proporcionaron las adolescentes sobre su construcción de subjetividad y de identidad en el contexto en el cual se desenvuelven con el fin de entregar una respuesta a la pregunta de investigación previamente planteada.

En el análisis de estas narrativas se buscará relacionar aspectos biográficos presentes, antecedentes de vinculación temprana, afectividad y autoimagen presentes en las adolescentes respecto a su episodio depresivo actual.

Los resultados obtenidos serán presentados de acuerdo a la entrevista narrativa realizada, permitiendo entender de mejor manera la historia que construyen las adolescentes. La presentación de los resultados se realiza en un esquema que contendrá todas las etapas del método Labov y en el que se registrará la información arrojada de la entrevista narrativa de las adolescentes (ANEXO 3).

La estructuración de las narrativas de los adolescentes con diagnóstico de depresión, da cuenta de las variadas formas utilizada por las entrevistadas para narrar sus historias y relatar las experiencias vividas, permitiendo entregar material para la construcción de la respuesta a la pregunta principal de esta investigación.

En el análisis de las entrevistas es primordial analizar las narrativas que entrega la entrevistada, logrando la construcción del relato de la adolescente según su historia de vida, su entorno, su grupo de pares y su dinámica familiar y como va surgiendo la relación entre sus aspectos biográficos y su vivencia depresiva actual.

Las narrativas de las adolescentes y su relato narrado se encuentran en un continuo proceso de reescritura. Existen muchas **circunstancias**

inesperadas y situaciones cambiantes que van desarrollando en tensión las propias narraciones. Todas estas circunstancias inesperadas son aspectos biográficos compartidos por las adolescentes que van cambiando el significado de lo vivido, abriendo interrogantes sobre lo que les sucederá en el futuro.

Se aprecia que los relatos de las adolescentes sobre si mismas están cargados con **significados de confusión, duda, ambigüedad** sobre su propia autoimagen y en muchos casos dicen relación con dudas básicas, como el saber quienes son y el rol que representan en su entorno. Estas confusiones tienen una directa relación con patrones familiares y aspectos de vinculación temprana presentes en muchos casos desde la infancia, que les va creando significados sobre si mismas de miedo e inseguridad, que dicen relación directa con aspectos de formación de su autoimagen y que también se ven influenciados en su incapacidad de tomar decisiones y muestran algún grado de desesperanza sobre lo que pudiese ocurrir en el futuro.

“mmm,nosé, que podría ser, mi vida no es tan entretenida y a mi no me gusta hablar mucho tampoco”. (Entrevista 1)

“Callada, reservada, no me gusta hablar mucho, soy tímida, yo creo que donde mi mamá me retó tanto, que ahora no me gusta hablar.”

(Entrevista 1)

“Me considero una persona demasiado tolerante, siempre tengo la idea de que hay que tolerar. Recién estoy entendiendo que nadie me puede pasar a llevar.” (Entrevista 2)

“A veces soy un poco desconfiada, pero ahora hago un esfuerzo y siento que no todas las personas son iguales”. (Entrevista 2)

“Me defino como una persona cambiante de ánimo. (Entrevista 4)

“Derrepente tengo ganas de hacer muchas cosas y otras veces solo dormir”. (Entrevista 4)

En todas las narrativas las adolescentes, se aprecian aspectos biográficos similares que dicen relación con **situaciones de sufrimiento** que son capaces de reconocer con claridad y que le otorgan un significado relevante para los futuros sucesos que les ocurren, ya sea de miedo, inseguridad, etc. en algunas se aprecian patrones mas estables de desesperanza hacia lo que pueda ocurrir en el futuro.

“El año pasado todo esto se rebalsó por una compañera que me empezó a molestar, hablaba de mi, se burlaba de mi, todo le molestaba y era como yo sola en el curso, como que todos tomaron distancia, yo hacía como que no me afectaba pero si me afectaba que hablara de mi, hasta ahora me sigue afectando, como que no puedo mirarla, porque siempre pensé que me podía hacer algo mas, para mi, mis compañeras y todas las personas que yo les he contado, fue un tema de bullying” (Entrevista 2)

“He pasado procesos difíciles en mi vida, igual son procesos super personales pero me imagino que se puede confiar en usted si Ud, es psicóloga, yo cuando tenía 5 años fui abusada por mi tío” (Entrevista 2)

“El problema que tuve con mi compañera me afectó, hablaba de mi, se reía de mi, todavía no entiendo la causa de lo que la hizo sentir tan mal. Yo sentía que me estaba matando sola con lo que estaba pasando. Estaba muy flaca y venía poco a clases.” (Entrevista 2)

“Hace 5 meses que falleció mi papá, hace 3 semanas me dieron los medicamentos. (Entrevista 3)

“Normal pero a veces siento deseos de llorar de la nada. No tengo deseos de volver a hacerlo pero se me pasa por la mente. En esa

oportunidad, me sentí mal acá en el colegio y luego me llevaron para la casa". (Entrevista 5)

En la mayoría de los relatos se aprecian los **procesos de individuación y autoimagen de las adolescentes de sus padres** y como ellas sostienen sus propios significados de las situaciones familiares que les ocurren.

"Mi mamá tuvo una pareja y una hija, ahora están separados pero tengo un buen recuerdo de él, independiente de eso, mi mamá es mi papá y mi mamá. Mi hermana tiene 16 años y tengo una buena relación con ella, para mí, mi familia significa todo y esa es la razón por la que ahora yo estoy bien. Mi mamá es dueña de casa, vivimos con la pensión que me da mi papá y la que el papá de mi hermana pequeña le da. Mi hermana chica tiene 8 años. La pareja de mi mamá se fue hace 3 años". (Entrevista 2)

En la mayoría de los relatos de las adolescentes se aprecia **una alta susceptibilidad a que les afecten emocionalmente las situaciones familiares** existentes: ausencias, peleas, separaciones, enfermedades, entre otras. Esta susceptibilidad dice relación directa con aspectos de vinculación temprana y fragilidad emocional y afectiva.

“Mi papá siempre ha estado ausente, trabaja afuera. Mi mamá trabaja todo el día, nosotras hemos pasado mucho tiempo solas, una sra. nos cuidaba cuando éramos mas chicas y ahora también y ahora también va.” (Entrevista 1)

“No me concentraba en clases, pensaba en mi papá y en los recreos me quedaba en blanco.” (Entrevista 3)

“Un mes luego que falleció mi papá, no le tomaba atención a nada”. (Entrevista 3)

“Nunca le he tenido cariño...(a mi Tata), porque el llega curado y nos trata mal a todos. Vivimos ahí porque mi abuelita paterna está enferma.” (Entrevista 4)

“Sólo tenía deseos de llorar, llorar y llorar con las peleas de mis papas, mis papas pelean por puras estupideces, ya se por plata o porque no se llevan. Alguna vez han pensado en separarse, mi mamá sobretodo pero mi papá no quiere, dice que son puras tonteras y que después se le va a pasar. Ahora igual discuten pero menos que antes.” (Entrevista 5)

Los relatos de las adolescentes se van **construyendo en el entorno familiar** a través de su vinculación temprana con sus figuras significativas si estos relatos familiares van presentando una alta inconsistencia y/o

disfuncionalidad van creando en las adolescente un si mismo muy frágil y poco definido.

“Después me fui a vivir a Santiago, me fui de acá de Coelemu, cuando regresé, la única imagen que formaba de mi, era vengarme de alguna persona, si lo veo ahora, era como una persona “traviesa” como por venganza. Igual son procesos difíciles.” (Entrevista 2)

“Luego yo sentí que ya no me afectaba, logré superarlo. La vida me ha enseñado que el pasado, las cosas no tienen solución y ahora ya no me afecta. Yo crecí con padre ausente. Crecí con mi mamá y hermana.” (Entrevista 2)

“Mi mamá siempre me echaba la culpa a mi, por todo”.

(Entrevista 1)

“Gritona, por todo hace show” (Entrevista 1)

“Sentí que falló mi autoestima y lo único que quería desaparecer. Ahora recién estoy comenzando a comer. Tenía pensamientos cobardes que venían a mi mente, me sentía afligida y no encontraba el método para hacer las cosas bien. (Entrevista 2)

“Deprimida, sin ánimo. Por ejemplo antes me gustaba jugar con mis amigas, ahora no me gusta reírme tanto con ellas. Cuando mi papá estaba vivo siempre nos decía que nos quería”. (Entrevista 3)

Las narrativas de las adolescentes se van construyendo en base a otros relatos significativos que dicen relación con aspectos biográficos presentes, por ejemplo los grupos de pares y la familia, se le otorga una especial importancia a la dinámica familiar, ya que sería el espacio donde el adolescente forma sus primeros vínculos y significados sobre el mundo y lo que le rodea, así por tanto, las narrativas personales son también parte del entramado familiar.

La construcción de una subjetividad sólida y construida de manera coherente con su entorno se verá afectada por tanto por el tipo de relaciones, vínculos y significados presentes en el entorno cercano de la adolescente.

En los relatos se aprecia que las adolescentes manifiestan sus **conflictos internos** a través de conductas y dinámicas dañinas que pueden manifestarse en pensamientos y conductas malestar constante y en algunos casos asociado al deseo de no seguir viviendo y de responder a las situaciones vividas como un modo de reparar lo sucedido, realizando el

mismo daño con otras personas. Todos estos conflictos se encuentran cargados de emocionalidad negativa y van configurando una manera de relacionarse con su entorno que les continúa reportando sensaciones desagradables continuando con la sensación de malestar original, configurándose patrones de vinculación con los otros en resumen disfuncionales y poco satisfactorios.

“Hace 2 meses me pasó algo, tomé pastillas para intentar suicidarme, esto me pasó en enero. Lo hacía por primera vez”.

(Entrevista 5)

En todas las narraciones existe un **sentido de continuidad temporal** de acontecimientos significativos. En la mayoría de estas narraciones se aprecia un marcado malestar en las adolescentes, siendo capaces de otorgarle un significado dentro de su historia biográfica e integrarlo en conjunto con su proceso personal y psicoterapéutico.

“Desde el año pasado, ha comienzo de año. Comencé a ir porque mi mamá me pidió hora, sino, no hubiera ido..... Desde los 13 o 14 años que esto se hace cada vez mas fuerte. Cuando mi mamá me retaba me daba mucha pena. Peleaba con mis hermanas pero siempre me echaban la culpa a mí. (Entrevista 1)

“Sobre mi tratamiento psicológico, puedo contar que llevo un año de tratamiento y estoy con medicamentos. (Entrevista 2)

“Hace 5 meses que falleció mi papá, hace 3 semanas me dieron los medicamentos”. (Entrevista 3)

“En la básica tuve un pololo de 3 meses y luego en primero medio, tuve un pololo por un año y medio, luego no he tenido ningún pololo. Me gusta escuchar música y jugar a la pelota. En la noche no puedo dormir hasta las 5 de la mañana”.

“Cuando estaba con la psiquiatra de Chillán, me daba unas pastillas y dormía super bien, ahora me hicieron un cambio con el Psiquiatra de Coelemu y estoy esperando la hora, estoy sin medicamentos y estoy durmiendo mal”. (Entrevista 4)

Otro punto importante de señalar, es que en la mayoría de estos relatos existen situaciones trágicas, ya sean accidentes, enfermedades, separaciones, abusos, que van formando en la adolescente, algún grado de desesperanza e idea sobre lo que pudiese ocurrir en el futuro, que va entregando pautas sobre aspectos de vinculación en el presente y su propia autoimagen, que las predispondrían en sus relaciones actuales con un

sentido de baja autoeficacia, desempeño y desesperanza de lo que pudiese ocurrir.

También se aprecia que en todos estos relatos, las adolescentes son capaces de entregarle un sentido a los acontecimientos que se enmarca en un espacio temporal y en su propia biografía, así mismo les van entregando un significado a lo que les va sucediendo, creando expectativas ya sea favorables o desfavorables sobre el futuro.

“Estoy hace poco con tratamiento psicológico, fui a ver médico primero por trastorno alimenticio, primero partí con una bulimia, comía, comía y comía y luego con una anorexia”. (Entrevista 2)

“En 8° básico caí al hospital, porque bajé de peso, me dijeron que tenía anorexia pero era anemia, pesaba 33 kilos. Comencé con una metrorragia de cuando me llegó la regla y ahí empecé a bajar de peso. Se dieron cuenta que yo tenía síntomas depresivos, cuando quise bajar de peso, lo que pasa es que yo antes era gordita y me hacían bullying en el colegio por eso”. (Entrevista 4)

Otro aspecto importante de estas narraciones, es que en la mayoría de ellas, las adolescentes narran **situaciones angustiosas** existentes tanto en su pasado y que son parte fundamental de sus aspectos biográficos y que les va

generando una incomodidad en el presente, y que a su vez les va creando expectativas sobre el futuro en muchos casos de temor y frustración

“Siempre he sentido pena, desde chiquitita, cuando esto rebalsó el vaso, fue cuando un compañero, me empezó a molestar, me sentía mal, no tenía ganas de nada. Esto fue hace meses. Antes tenía esa sensación pero nunca le tomé importancia. Más que palabras, eran indirectas, me tiraba papeles. Mandaron a llamar al orientador, hablaron con él y me dejó de molestar, todo eso ocurrió en 8vo”. (Entrevista 5)

Se puede concluir de este análisis lo siguiente, en la mayoría de estos relatos, existen problemáticas familiares presentes desde la niñez, estas dinámicas alteran la construcción de un si mismo coherente consigo misma y su entorno, ya que aportan elementos de fragilidad emocional que no ayudan al adolescente a alcanzar un óptimo desarrollo emocional. En muchos casos también se aprecia una especie de invisibilidad de lo que les ocurre a nivel emocional, en donde el síntoma es lo que genera, un movimiento de acciones en la familia, tendiente a mejorar la situación que les ocurre.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

Las conclusiones relativas a esta investigación sobre la narrativas presentes en las adolescentes investigadas son variadas y se pueden clasificar en aspectos de formalidad, de reflexión misma sobre lo dicho y entrega de lineamientos hacia el futuro.

Lo primero que se puede señalar es que todas las adolescentes se encuentran recibiendo tratamiento psicológico con una frecuencia de al menos un vez al mes en el Hospital de Coelemu. En todas las entrevistas realizadas se pretende analizar en el relato de las adolescentes, como ha sido este proceso terapéutico.

Con respecto a las grabaciones y lugar de la entrevista, este lugar fue un lugar apropiado amplio que favoreció un espacio de conversación con las adolescentes, sin molestias ni ruidos de algún tipo. Se recabó información tanto a través de un dispositivo celular que presentaba una grabadora, así como se recabaron antecedentes en papel y de recopilación de los antecedentes de las alumnas que facilitó la orientadora.

Con respecto a los tiempos de entrevista, estos se consideraron suficientes a lo que se pretendía investigar, sin embargo, confirman la complejidad que implica a nivel terapéutico el realizar aperturas de procesos internos en un espacio reducido de tiempo, primero que todo por la importancia y significación que se le otorga al vínculo terapeuta-paciente, que en este caso, por los tiempos de entrevista se transforman en investigadora y entrevistada, en donde se hace relevante establecer la confianza necesaria para que la entrevistada relate los acontecimientos con la fluidez adecuada, aún así, todas las adolescentes mostraron una buena disposición a responder de manera adecuada lo que se les solicitó, estableciéndose en todos los casos un adecuado vínculo con las adolescentes.

Con respecto a las propias narrativas de las adolescentes variadas conclusiones, se pueden inferir a partir de lo investigado, lo primero es que existen relatos comunes en todos ellos que dicen relación con ciertos momentos cruciales o puntos de inflexión, en su mayoría tristes y que se vinculan directamente con el entorno y la dinámica familiar en donde se encuentran las adolescentes, estos acontecimientos marcan o van determinando la significación de los propios sentidos de sí mismas y su

construcción de identidad que dice relación con las narraciones y significados que se van otorgando a si mismas y a los demás en una temporalidad constituida por un presente, pasado y futuro.

Con respecto al proceso de construcción de su identidad, todos los acontecimientos y las significaciones que se les otorguen, permiten a las adolescentes dar forma a sus propias vidas, dotarlas de propósito, coherencia, unidad, sentido y significado. Esto en un sentido positivo, favorecería una adecuada construcción de su identidad que según lo revisado se forma y construye de manera importante durante la adolescencia, sin embargo es un proceso que dura toda la vida y se inicia con la interrelación mutua con los padres y su entorno significativo.

Todas las adolescentes entrevistadas son capaces de re-construir su narración luego de sucesos dolorosos, impregnados de malestar y emociones negativas lo que tiene como consecuencia la conformación de una identidad frágil y difusa que se manifiesta en sus propios relatos cuando se definen a si mismas y a los demás.

A nivel terapéutico, y como reflexión y sugerencia se señala la importancia del vínculo terapéutico y la resignificación del mismo, entonces

se entiende que el terapeuta poseerá una responsabilidad especial a la hora de reconstruir en los espacios de terapia los vínculos que se hayan visto dañados, en conjunto este acto favorecerá una mejor integración y sentido de si misma, manifestados en el concepto de construcción de identidad, que como se señaló es un proceso dinámico en el tiempo, que se desarrolla durante toda la vida de un individuo.

Toma especial relevancia para esta investigación, la inclusión de la terapia familiar en donde se pretenderá restaurar y re-significar todos los vínculos que dicen relación con sucesos dolorosos en el adolescente y su familia.

Respecto a los actuales dispositivos de salud se debe señalar que de lo investigado se puede concluir que estos serían insuficientes para comprender y acoger la complejidad de lo que significa ser adolescente, en virtud de que por ejemplo, el tiempo de sesión es muy acotado, siendo de tan solo 30 minutos, tanto la atención del médico, como del profesional psicólogo, otro aspecto a señalar respecto a las sesiones es que éstas se encuentran, muy distanciadas unas de otras, perdiéndose en el intertanto, la necesaria formación de confianza y vínculo terapéutico, así como de un

efectivo trabajo de resignificación de acontecimientos dolorosos, que sin lugar a dudas requiere de un espacio y tiempo adecuado de trabajo, que es importante a la hora de realizar una adecuada psicoterapia de significación terapéutica. Otros aspectos que encontramos, al continuar revisando el dispositivo actual de atención, dicen relación con que éste se centra principalmente en los síntomas, descuidando aspectos centrales de significación del adolescente, relacionadas con su entorno próximo, ya sea el colegio, su grupo de pares y la familia. Tampoco se aprecia en el dispositivo actual ningún tipo de alcance respecto a algún tipo de trabajo específico respecto al género de los involucrados, aspecto que fue señalado durante toda la investigación como un dato central por la prevalencia manifiesta del grupo etáreo de las mujeres por sobre el de los hombres.

Otro aspecto que descuida el dispositivo actual, dice relación con una excesiva concentración en los síntomas, descuidando de sobremanera el aspecto preventivo, se extraña el no hacer mención al trabajo centrado en la comunidad, colegio, grupo de pares, organizaciones, etc.

En resumen, logro entender a través de esta investigación que la complejidad del proceso de construcción de identidad queda excluida,

planteando nuevas interrogantes a los terapeutas que adscriben a la línea sistémica, proponiendo nuevas miradas de intervención a través del proceso de ir entregando respuesta, por ejemplo, a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo mejorar los dispositivos actuales de atención?
- ¿En donde se encuentra la familia, como ente de significación y configuración del proceso identitario del adolescente?
- ¿Cómo añadir el tema de género a los tratamientos psicoterapéuticos?

Esta y muchas interrogantes a raíz de lo investigado pueden plantearse, parece importante manifestar que muchas de ellas pueden no ser resueltas en el corto plazo, atendiendo las orientaciones y los dispositivos actuales de atención. Sin embargo, al adscribir a la psicoterapia desde una mirada sistémico relacional parece no menor plantear estas interrogantes en los terapeutas que adscriben a esta línea de intervención con el fin de abrir nuevos espacios de trabajo y de significación a las voces de las adolescentes que no estarían siendo escuchadas, atendidas y comprendidas en su especial complejidad en los espacios terapéuticos actuales.

Estos espacios terapéuticos actuales no alcanzan a cubrir la queja emocional de las adolescentes y por tanto, se deben incluir dentro de estos mismos espacios, nuevos elementos que ayuden a entregar conocimientos en profundidad sobre la propia historia de vida y su entorno, que se entienden como aspectos únicos, dejando en lo posible etiquetación y estandarización que presenta el concepto depresión por si mismo.

El terapeuta sistémico debe fortalecer el trabajo terapéutico mas allá de las atenciones individuales, incluyendo por si mismo, nuevos actores a su espacio de consulta, intentando superar muchas veces las limitantes de tiempo y espacio que la mayoría de los centros públicos de salud poseen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Augus, L. y Levitt, H. (1999) Psychotherapy Process Measure Research and the Evaluation of Psychotherapy Orientation: A Narrative Analysis. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol 9, N° #; 279-300
- Adam K. S. (1982).: Loss, suicide and attachment. In: Parkes C.M., Stevenson-Hinde J. (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior*. Tavistock, London.
- Bertrando, P, Toffanetti, D (2004) *Historia de la Terapia Familiar, Los personajes y las ideas*. Edición en español y traducción a cargo de Felipe Gálvez Sánchez. Barcelona. España: Paidós.
- Briuoli, N (2007) *La Construcción de la subjetividad. El impacto de las políticas sociales*. Univ. Católica de Cuyo, Argentina. HAOL, Núm. 13 (Primavera, 2007), 81-88
- Bruner, J. (1998). *Actos de significado*. Madrid: Alianza.
- Campo-Arias, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, C. y Díaz-Martínez, L. (2005). *Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia*. *Archivos Pediátricos Uruguayos*, 76 (1), 21-26. Recuperado el 3 de octubre

de 2007. Disponible en

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842005000100005&lng=es&nrm=iso>

-Chambless. D y Ollendick TH (2001) Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidences. Anu Rev Psychol 2001; 52:685-716

-Cummings M y Davies T (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. Journal of Child Psychology and Psychiatry 43, 31-63

- Diener CI., Dweck C.S. (1980): An analysis of learned helplessness, 2, The processing of success. Journal of Personality and Social Psychology, 39, 940-952.

-Foucault, M. (1988) El uso de los placeres, Historia de la sexualidad. D.F: Siglo XXI.

- Flick, U. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones Morata: Madrid.

-Harter, Susan. (1997). "Desarrollo de la personalidad y de la identidad".

"Self and identity development" ", en S. Shirley Feldman and Glen R.

Elliott (eds.), *At the threshold. The developing adolescent*, EUA, Harvard University Press, pp.352-368, 375-387.

-Jackson SW. (1986) *.Historia de la Melancolía y la Depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna.* Madrid: Turner; 1986.

-Lewinsohn P; Rohde P; Seeley J; Klein d; y Gotlib I. (2003) Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *Journal of abnormal psychology*, 122(3): 353 – 63.

-Lizondo, G. y Llanque, C. (2008) en *Revista Paceña. Medicina familiar. Depresión.* Recuperado de http://www.mflapaz.com/Revista_7_pdf/5%20DEPRESION.pdf

-LOPEZ IBOR, M. I.. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An. Med. Interna (Madrid)*, Madrid, v. 24, n. 5, mayo 2007 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001&lng=es&nrm=iso>.

-Lozano, F. y Morón, C. (2009). La reflexión sobre la narrativa como medio para conocer y evaluar el desarrollo profesional de docentes. Revista de educación, N°21, Recuperado de www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/.../540/796

-Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata.

-González Rey, F (2000) La investigación cualitativa en psicología: Rumbos y desafíos. Editorial Thompson, México.

-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas diagnósticas. Madrid, España. Ediciones Meditor. 1992.400 pp.

-McLeod, J.(2000) A method for qualitative narrative análisis of psychotherapy transcripts. Psychologische Beitrage; Meisenheim/Glan; 2001. Vol.43, N° 3, pag. 128

-Martínez, M. (2007) La construcción de la feminidad: la mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo. Actualidades en psicología, 21 (108), 79-95.

- Minsal, (2009.) Orientaciones Técnicas Atención de adolescentes con problemas de salud mental. Ministerio de Salud.
- Minsal, (2010) Objetivos sanitarios para Chile 2000-2010.
- Minsal, (2013) Guía Clínica Auge Depresión en personas de 15 años y más. Serie guías clínicas Minsal.
- Minsal, (2014) Guía Perinatal. Programa Nacional Salud de la Mujer.
- Minuchin, S. (1984). Caleidoscopio Familiar. Buenos Aires:Paidós.
- Moreno C, Del Barrio M y Mestre M (1996). Acontecimientos vitales y depresión en adolescentes. Iber Psicología 1, 15-28.
- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Perspectivas de la Población Mundial: Revisión de 2008, <www.esa.un.org/unpd/wpp2008/index.htm>, consultado en octubre de 2011; y bases de datos mundiales de UNICEF.
- Nardi (2008) La depresión adolescente. Revista Psicoperspectivas. de la Escuela de Psicología. Facultad de Filosofía y Educación Pontificia Universidad Católica de Valparaíso vol. III / 2004 (pp. 95 - 127)
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarita, D. (2004). Adolescencia y depresión. Revista Colombiana de Psicología, 13, 13-28.

-Rice, P. (2000). Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura. Madrid: Prentice

-Riessman, K. (2003) Narrative Analysis. En Lewis-Beck, Bryman y Liao (Eds.) The Sage Encyclopedia of Social Science Research Methods. Ed. Sage, Londres.

-Silva, V (2001) .Espéculo. Revista de estudios literarios. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/especulo/numero18/compleja.html>

-Taylor y Bodgan (1987) Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significado. Barcelona: Paidós.

- Villatoro, J., Andrade, P., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Reyes, I. y Rivera, E. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Salud Mental, 20 (2), 21-27

-Witting, F. (2004). Estructura narrativa en el discurso oral de adultos mayores. Revista signos, 37 (56), pp. 91-101. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071809342004005600007&script=sci_arttext

-Zarragoitía Alonso, Ignacio (2010). Depresión : Generalidades y Particularidades. La Habana. Edit. Ciencias Médicas, 2010, 127 p.

ANEXOS

(ANEXO 1)

Consentimiento Informado

En mi carácter de familiar responsable

.....del/a

menor....., doy mi

consentimiento para que se lleve a cabo el proceso de entrevista solicitado y

para que la misma se realice a cargo de

.....

Dejo constancia de haber comprendido la información que he recibido.

Presto plena conformidad a su realización.

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en este estudio.

Se me informó que:

- En cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación.

- Se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de mis datos personales y de mi desempeño.

- Se me ha brindado información detallada sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación. Esa información podrá ser ampliada una vez concluida mi participación.

Fecha:.....

Firma:

Rut:.....

(ANEXO 2)

Pauta de Entrevista

Nombre:

Edad:

Sexo:

1.- Me gustaría que me contaras sobre tu vida, como se fue produciendo esa historia, por ejemplo desde cuando eras pequeña, pudiendo nombrar las situaciones que fueron sucediendo una tras otra hasta el día de hoy.

Lo puedes hacer en el tiempo que quieras, ojala puedas mencionar detalles ya que eso ayuda mucho para poder conocernos y todo lo que fuese importante para ti es interesante también para mi (1ero Criterio)

2.- Podrías contarme mas sobre el tema de... (Más detalladamente) (2do criterio)

3.- Que les paso a ellos (familia) con ese tema.

4.- Que parte de tu historia tiene relación con lo que hoy día te sucede? (3er criterio).

Entrevista N°1

E: Entrevistadora

C: Carla

E: A, mi me gustaría que para comenzar tú me comentaras acerca de tu vida, tu historia por ejemplo desde que eras pequeña hasta ahora que eres adolescente y me vayas contando las partes importantes de tu vida. Entonces lo que puedas hacer en el tiempo que quieras puedas mencionar sucesos de tu vida para conocernos más.

C: Me llamo Carla y vivo en el campo con mi familia. Antes vivíamos en Tomé. Me cuesta recordar cosas de mi pasado, se que me cuesta sociabilizar y que todo partió por problemas que tenía con mi mamá.

E: ¿Cuántos hermanos tienes?

Somos 5 hermanas, hay una hermana por parte de papá y los que están viviendo conmigo son 3. La Isidora tiene 4, la Carola tiene 6 años, La Constanza de 17 años y la Belén tiene 15.

E: ¿Desde cuando te encuentras en tratamiento por depresión?

C: Desde el año pasado, ha comienzo de año. Comencé a ir porque mi mamá me pidió hora, sino, no hubiera ido. Mi mamá siempre me echaba la culpa a mi, por todo. Desde los 13 o 14 años que esto se hace cada vez mas fuerte. Cuando mi mamá me retaba me daba mucha pena. Peleaba con mis hermanas pero siempre me echaban la culpa a mí.

E: ¿Desde cuando sientes que tu mamá te retaba?

C: Desde los 8 años. Me pegaba y me gritaba, me daba unos palmetazos en la espalda.

E: ¿Y como te sientes ahora?

C: me siento mejor ahora, mi mamá ya no me reta tanto.

E: ¿Algún momento importante de tu vida hasta ahora?

C: Ninguno.

E: ¿Te encuentras con medicamentos?

C: si, pero no me los tomo.

E: ¿Cómo te llevas con tu abuelita?

C: No me llevo bien con ella.

E: ¿Cómo te llevas con tus compañeros?

C: Mal.

E: ¿Cómo te llevas con tus profesores?

C: mal, estoy a punto de quedar repitiendo.

E: ¿Cómo crees que eres tú?

C: Callada, reservada, no me gusta hablar mucho, soy tímida, yo creo que donde mi mamá me retó tanto, que ahora no me gusta hablar.

E: ¿Y me podrías contar un poco más del tema de tu mamá?

C: Mi mamá es profesora, quizás donde haciendo clases está acostumbrada a gritar.

E: ¿Como es tu mamá?

C: Gritona, por todo hace show

E: ¿Cómo definirías a tu familia?

C: Mi papá siempre ha estado ausente, trabaja afuera. Mi mamá trabaja todo el día, nosotras hemos pasado mucho tiempo solas, una sra. nos cuidaba cuando éramos mas chicas y ahora también y ahora también va.

E: ¿A ti que cosas te gusta hacer?

C: Conversar con mis amigas.

E: Tú me has contado la historia de tu vida y sucesos súper específicos, ¿Qué crees tú que esos sucesos influyen hoy día en tu vida?

C: Los gritos y golpes de mi mamá cuando era chica, influyeron mucho en mi vida. Ahora ya no me reta tanto como antes y eso me ha ayudado a sentirme mejor.

E: ¿Ahora estás pololeando?

C: Si pero a mi mamá no le gusta que pololee.

E: ¿Te gustaría agregar algo a la entrevista?

C: mmm,nosé, que podría ser, mi vida no es tan entretenida y a mi no me gusta hablar mucho tampoco.

E: Muchas gracias C, por tu tiempo.

C: De nada.

Entrevista N°2

Entrevistadora: E

Entrevistada: Pilar

E: Como te comentaba entonces la idea de esta entrevista es que tú me puedas contar de tu vida desde el comienzo, desde cuando tú tengas recuerdos hasta ahora y me puedas

mencionar los hechos que para ti han sido más importantes o significativos en orden cronológico, ojala puedas hacerlo en orden en ese aspecto. Comienza.

P: Estoy hace poco con tratamiento psicológico, fui a ver médico primero por trastorno alimenticio, primero partí con una bulimia, comía, comía y comía y luego con una anorexia. Mi psicóloga me dijo que era por diferentes motivos. El año pasado todo esto se rebalsó por una compañera que me empezó a molestar, hablaba de mi, se burlaba de mi, todo le molestaba y era como yo sola en el curso, como que todos tomaron distancia, yo hacía como que no me afectaba pero si me afectaba que hablara de mi, hasta ahora me sigue afectando, como que no puedo mirarla, porque siempre pensé que me podía hacer algo mas, para mi, mis compañeras y todas las personas que yo les he contado, fue un tema de bullying, pero fuera de eso yo también he pasado procesos difíciles en mi vida, igual son procesos super personales pero me imagino que se puede confiar en usted si Ud, es psicóloga, yo cuando tenía 5 años fui abusada por mi tío, después me fui a vivir a Santiago, me fui de acá de Coelemu, cuando regresé, la única imagen que formaba de mi, era vengarme de alguna persona, si lo veo ahora, era como una persona “traviesa” como por venganza. Igual son procesos difíciles. Cuando llegué al liceo era una persona super normal pero ya el año pasado cuando llegué a tercero medio, como que el segundo semestre cambié.

E: ¿Cómo eres tú?

P: Me considero una persona demasiado tolerante, siempre tengo la idea de que hay que tolerar. Recién estoy entendiendo que nadie me puede pasar a llevar.

E: Entiendo que ahora tienes otra disposición.

P: Así es

E: ¿Este abuso ocurrió una vez, varias veces?

P: Una sola vez. Fue un tema jurídico. Me fui a Santiago de chiquitita pero fue un proceso corto para olvidar. Siento que recuerdo todo. Yo le conté a mi mamá y ella fue la que intervino.

E: Viviste con esa carga...

P: Luego yo sentí que ya no me afectaba, logré superarlo. La vida me ha enseñado que el pasado, las cosas no tienen solución y ahora ya no me afecta. Yo crecí con padre ausente. Crecí con mi mamá y hermana.

E: Cuéntame de tu familia...

P: Mi mamá tuvo una pareja y una hija, ahora están separados pero tengo un buen recuerdo de él, independiente de eso, mi mamá es mi papá y mi mamá. Mi hermana tiene 16 años y tengo una buena relación con ella, para mi, mi familia significa todo y esa es la razón por la que ahora yo estoy bien. Mi mamá es dueña de casa, vivimos con la pensión que me da mi papá y la que el papá de mi hermana pequeña le da. Mi hermana chica tiene 8 años. La pareja de mi mamá se fue hace 3 años.

E: ¿Qué sucedió contigo con el hecho de haber sufrido bullying?

P: El problema que tuve con mi compañera me afectó, hablaba de mi, se reía de mi, todavía no entiendo la causa de lo que la hizo sentir tan mal. Yo sentía que me estaba matando sola con lo que estaba pasando. Estaba muy flaca y venía poco a clases.

E: ¿Qué siguió sucediendo?

P: Fui al médico y me encontraron bulling y ahí yo también lo comencé a asumir, y ahora siento que me hace falta continuar con esto.

E: ¿Que pasó contigo ahí?

P: Sentí que falló mi autoestima y lo único que quería desaparecer. Ahora recién estoy comenzando a comer. Tenía pensamientos cobardes que venían a mi mente, me sentía afligida y no encontraba el método para hacer las cosas bien.

E: ¿Qué pasó ahí con tu entorno, familia, colegio, amigos etc.?

P: Mi mamá fue la única que se preocupó de mí.

E: ¿Qué piensas de todo lo que ha pasado?

P: Que debo salir adelante y que no los puedo defraudar. Me siento apoyada por la orientadora del colegio.

E: Con todo esto que tú me cuentas de tu vida, me gustaría saber un poco más de ti... de cómo eres?

P: Soy muy tolerante, no podría faltarle el respeto a ningún profesor.

E: ¿Qué parte de tu historia que me has contado crees ha influido en como tú eres hoy día?

P: A veces soy un poco desconfiada, pero ahora hago un esfuerzo y siento que no todas las personas son iguales.

E: ¿Cómo te sientes en la actualidad?

P: Me siento mejor porque pude contar el tema.

Entrevista n°3

E: Entrevistadora

K: Katherine.

E: me gustaría que tú me pudieras contar de tu vida, desde que tú tienes recuerdos hasta hoy y me puedas relatar la historia de tu vida, algunos hechos que hayan sido significativos en tu vida.

K: Vivo solamente con mi mamá, porque mi hermana está estudiando en Chillán. Tiene 19 años, mi mamá es dueña de casa.

Sobre mi tratamiento psicológico, puedo contar que llevo un año de tratamiento y estoy con medicamentos.

Cuando era chica vivía en Magdalena.

Hace 5 meses que falleció mi papá, hace 3 semanas me dieron los medicamentos.

E: ¿Qué síntomas comenzaste a tener?

K: No me concentraba en clases, pensaba en mi papá y en los recreos me quedaba en blanco.

E: ¿Cómo partió esto?

K: Un mes luego que falleció mi papá, no le tomaba atención a nada.

E: ¿Cómo fue este accidente?

K: A mi papá lo atropellaron, camino a Ñipas, el iba caminando. Tenía 52 años, la persona que lo atropelló salió arrancando.

E: ¿Cómo está tu familia?

K: Mi mamá ni mi hermana están bien con todo esto. A veces lloramos las 3.

E: ¿Cómo es la relación entre Uds?

K: Nos llevamos bien entre todas.

E: ¿Qué otras cosas han pasado en tu vida que quieres como contar?

K: Me gustaría irme a la Marina pero he bajado mucho mis notas este semestre, este semestre tiene que irme mejor.

E: ¿Cómo te ves y sientes a ti misma actualmente?

K: Deprimida, sin ánimo. Por ejemplo antes me gustaba jugar con mis amigas, ahora no me gusta reírme tanto con ellas. Cuando mi papá estaba vivo siempre nos decía que nos quería.

E: ¿Te gustaría contar algo más?

K: No.

E: OK. Muchas gracias por asistir, gracias por tu tiempo.

Entrevista N°4

E: Entrevistadora

D: Dévora

E: Me gustaría que tú me contaras sobre tu vida y como se fue como construyendo tú historia. O sea desde que tú tienes recuerdos hasta el día de hoy.

D: En 8° caí al hospital, porque bajé de peso, me dijeron que tenía anorexia pero era anemia, pesaba 33 kilos. Comencé con una metrorragia de cuando me llegó la regla y ahí empecé a bajar de peso. Se dieron cuenta que yo tenía síntomas depresivos, cuando quise bajar de peso, lo que pasa es que yo antes era gordita y me hacían bullying en el colegio por eso.

E: ¿Con quien vives? ¿Quiénes componen tu familia?

D: Siempre he vivido con mi mamá, con mi papá, mi abuela, mi hermana de 19 años y mi tata. La relación con mi papá no ha sido muy buena, me llevo mejor con mi mamá. Cuándo nosotras éramos chicas él trabajaba en los buses, nunca se ha comportado como papá, para nosotros es como un hermano algo así. Con mi mamá antes la relación era lejana, no le tenía mucha confianza, no le gustaba contarle mis cosas.

Con mi hermana antes peleábamos harto, éramos muy cabras chicas. Cuando pasé a segundo ella se inscribió en el mismo curso que yo, y ahí empezamos a ser mejores amigas, ella quedó en el mismo curso mío, porque se había retirado y luego volvió. Con mi Tata no nos llevamos bien. Nunca le he tenido cariño, porque el llega curado y nos trata mal a todos. Vivimos ahí porque mi abuelita paterna está enferma.

E: ¿Cuéntame algún aspecto de tu vida?

D: En la básica tuve un pololo de 3 meses y luego en primero medio, tuve un pololo por un año y medio, luego no he tenido ningún pololo. Me gusta escuchar música y jugar a la pelota. En la noche no puedo dormir hasta las 5 de la mañana.

Cuando estaba con la psiquiatra de Chillán, me daba unas pastillas y dormía super bien, ahora me hicieron un cambio con el Psiquiatra de Coelemu y estoy esperando la hora, estoy sin medicamentos y estoy durmiendo mal.

E: ¿Cómo va tu vida actualmente?

D: Derrepente tengo ganas de hacer muchas cosas y otras veces solo dormir.

E: Pero hoy día como tú te definirías.

D: Me defino como una persona cambiante de ánimo.

E: Muchas Gracias.

Entrevista N°5

E: Entrevistadora

A: Angela.

E: La idea es que me puedas narrar desde que tengas recuerdos, desde que eras pequeña hasta la edad que tienes hoy día, que puedas tratar de contar tu vida y poniendo énfasis en algunas situaciones que tu encuentres que son hechos relevantes para poder narrarlos.

A: Vivo en Coelemu, antes vivía en la población Hernán Brañas. Siempre he estudiado en Coelemu, antes viajaba. Estudiaba en el Colegio María Teresa Marchant, en la básica. Vivo sólo con mis papas, no tengo hermanos.

Siempre he sentido pena, desde chiquitita, cuando esto rebalsó el vaso, fue cuando un compañero, me empezó a molestar, me sentía mal, no tenía ganas de nada. Esto fue hace meses. Antes tenía esa sensación pero nunca le tomé importancia. Más que palabras, eran

indirectas, me tiraba papeles. Mandaron a llamar al orientador, hablaron con él y me dejó de molestar, todo eso ocurrió en 8vo.

E: ¿Y tu familia? ¿Cómo te llevas con ellos?

A: Con mis papas, me llevo bien, el trabaja en la radio “Alondra”, es Director y locutor de la radio. Mi mamá es programadora de la radio. Vivimos ahí mismo al lado de la casa.

E: ¿Pololeas?

A: Ahora no pololeo, he tenido malas experiencias, tuve un pololo que se obsesionó conmigo y me dijo que se iba a suicidar si no volvía con él. Me cansé de todo eso. Ahora no nos vemos casi nunca. Mi última relación fue hace meses, 4- 5 meses aproximadamente. Ahora no me interesa pololear, no ando pensando que necesito un pololo, estoy pensando sólo en la música.

Hace 2 meses me pasó algo, tomé pastillas para intentar suicidarme, esto me pasó en enero. Lo hacía por primera vez.

E: ¿Qué te pasó en esa oportunidad?

A: Sólo tenía deseos de llorar, llorar y llorar con las peleas de mis papas, mis papas pelean por puras estupideces, ya se por plata o porque no se llevan. Alguna vez han pensado en separarse, mi mamá sobretodo pero mi papá no quiere, dice que son puras tonteras y que después se le va a pasar. Ahora igual discuten pero menos que antes.

E: ¿Cómo te sientes ahora?

A: Normal pero a veces siento deseos de llorar de la nada. No tengo deseos de volver a hacerlo pero se me pasa por la mente. En esa oportunidad, me sentí mal acá en el colegio y luego me llevaron para la casa.

E: Gracias por haber participado

A: De nada, muchas gracias.

(ANEXO 3)

Resumen	
Orientación	
Acción Complicada	Evaluación
Resultado	
Coda	

Entrevista 1

Resumen Me cuesta recordar cosas de mi pasado, se que me cuesta sociabilizar y que todo partió por problemas que tenía con mi mamá. Comencé a ir porque mi mamá me pidió hora, sino, no hubiera ido. Mi mamá siempre me echaba la culpa a mi, por todo. Desde los 13 o 14 años que esto se hace cada vez mas fuerte.	
Orientación Antes vivíamos en Tomé y ahora nos fuimos a vivir al campo	Evaluación Ahora me toca viajar todos los días
Acción Complicada Peleaba con mis hermanas pero siempre me echaban la culpa a mí. -Me pegaba y me gritaba, me daba unos palmetazos en la espalda.	Evaluación Cando mi mamá me retaba me daba mucha pena.
Resultado Ahora ya no me reta tanto como antes y eso me ha ayudado a sentirme mejor.	
Coda “mm,nosé, que podría ser, mi vida no es tan entretenida y a mi no me gusta hablar mucho tampoco.”	

Entrevista 2

Resumen Estoy hace poco con tratamiento psicológico, fui a ver médico primero por trastorno alimenticio, primero partí con una bulimia, comía, comía y comía y luego con una anorexia	
Orientación -Yo cuando tenía 5 años fui abusada por mi tío, después me fui a vivir a Santiago, me fui de acá de Coelemu	
Acción Complicada El año pasado todo esto se rebalsó por una compañera que me empezó a molestar, hablaba de mi, se burlaba de mi, todo le molestaba y era como yo sola en el curso, como que todos tomaron distancia. El problema que tuve con mi compañera me afectó, hablaba de mi, se reía de mi, todavía no entiendo la causa de lo que la hizo sentir tan mal.	Evaluación Yo hacía como que no me afectaba pero si me afectaba que hablara de mi, hasta ahora me sigue afectando, como que no puedo mirarla, porque siempre pensé que me podía hacer algo mas, para mi, mis compañeras y todas las personas que yo les he contado, fue un tema de bullyng Yo sentía que me estaba matando sola con lo que estaba pasando. Estaba muy flaca y venía poco a clases. Sentí que falló mi autoestima y lo único que quería desaparecer. Ahora recién estoy comenzando a comer. Tenía pensamientos cobardes que venían a mi mente, me sentía afligida y no encontraba el método para hacer las cosas bien.
Resultado: Luego yo sentí que ya no me afectaba, logré superarlo. La vida me ha enseñado que el pasado, las cosas no tienen solución y ahora ya no me afecta. Yo crecí con padre ausente. Crecí con mi mamá y hermana.	
Coda: Me siento mejor porque pude contar el tema.	

Entrevista 3

Resumen No me concentraba en clases, pensaba en mi papá y en los recreos me quedaba en blanco.	
Orientación Vivo solamente con mi mamá, porque mi hermana está estudiando en Chillán. Tiene 19 años, mi mamá es dueña de casa. Cuando era chica vivía en Magdalena.	
Acción Complicada A mi papá lo atropellaron, camino a Ñipás, el iba caminando. Tenía 52 años, la persona que lo atropelló salió arrancando.	Evaluación Deprimida, sin ánimo. Por ejemplo antes me gustaba jugar con mis amigas, ahora no me gusta reírme tanto con ellas. Cuando mi papá estaba vivo siempre nos decía que nos quería.
Resultado Sobre mi tratamiento psicológico, puedo contar que llevo un año de tratamiento y estoy con medicamentos.	
Coda Me gustaría irme a la Marina pero he bajado mucho mis notas este semestre, este semestre tiene que irme mejor.	

Entrevista 4

Resumen	
<p>Me dijeron que tenía anorexia pero era anemia, pesaba 33 kilos. Comencé con una metrorragia de cuando me llegó la regla y ahí empecé a bajar de peso. Se dieron cuenta que yo tenía síntomas depresivos, cuando quise bajar de peso, lo que pasa es que yo antes era gordita y me hacían bullying en el colegio por eso.</p>	
Orientación	
<p>En 8° caí al hospital, porque bajé de peso. Siempre he vivido con mi mamá, con mi papá, mi abuela, mi hermana de 19 años y mi tata.</p>	
Acción Complicada	Evaluación
<p>La relación con mi papá no ha sido muy buena, me llevo mejor con mi mamá. Cuando nosotras éramos chicas él trabajaba en los buses, Con mi mamá antes la relación era lejana, no le tenía mucha confianza, no le gustaba contarle mis cosas. Con mi hermana antes peleábamos mucho, éramos muy cabras chicas. Cuando pasé a segundo ella se inscribió en el mismo curso que yo, y ahí empezamos a ser mejores amigas, ella quedó en el mismo curso mío, porque se había retirado y luego volvió. Con mi Tata no nos llevamos bien. Vivimos ahí porque mi abuelita paterna está enferma.</p>	<p>Nunca se ha comportado como papá, para nosotros es como un hermano algo así. Nunca le he tenido cariño, porque el llega curado y nos trata mal a todos.</p>
Resultado Cuando estaba con la psiquiatra de Chillán, me daba unas pastillas y dormía super bien, ahora me hicieron un cambio con el Psiquiatra de Coelemu y estoy esperando la hora.	
Coda Derrepente tengo ganas de hacer muchas cosas y otras veces solo dormir.	

Entrevista 5

Resumen Siempre he sentido pena, desde chiquitita	
Orientación Vivo en Coelemu, antes vivía en la población Hernán Brañas. Siempre he estudiado en Coelemu, antes viajaba. Estudiaba en el Colegio María Teresa Marchant, en la básica. Vivo sólo con mis papas, no tengo hermanos.	
Acción Complicada Ahora no pololeo, he tenido malas experiencias, tuve un pololo que se obsesionó conmigo y me dijo que se iba a suicidar si no volvía con él. Mis papas pelean por puras estupideces, ya se por plata o porque no se llevan. Alguna vez han pensado en separarse, mi mamá sobretodo pero mi papá no quiere, dice que son puras tonteras y que después se le va a pasar. Ahora igual discuten pero menos que antes.	Evaluación Me cansé de todo eso. Sólo tenía deseos de llorar, llorar y llorar con las peleas de mis papas
Resultado Ahora no me interesa pololear, no ando pensando que necesito un pololo, estoy pensando sólo en la música.	
Coda Normal pero a veces siento deseos de llorar de la nada. No tengo deseos de volver a hacerlo.	

(ANEXO 4)

PRESTACIONES/ ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA PARA PERSONAS CON DEPRESION

Demanda estimada = 30 por cada 1.000 personas mayores de 15 años

CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
			TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/ AÑO
CONSULTA MEDICA DE SALUD MENTAL						
Personas con síntomas de depresión	Realizar: Diagnóstico Iniciar tratamiento Seguimiento y refuerzo de adhesión al tratamiento Modificar tratamiento	Evaluación médica y diagnóstico Indicaciones y prescripción farmacológica Psicoeducación al paciente y familia Seguimiento y evaluación de : sintomatología, cumplimiento de indicaciones y efectos colaterales Derivación y motivación a tratamiento de grupo Alta o referencia a atención especializada	Médico general	100	0,5	3
	Complementar diagnóstico	Hemograma TSH Sedimento urinario		20 10 10		1
	Farmacoterapia	Imipramina Fluoxetina Diazepan		22 44 33		180 180 30
CONSULTA DE SALUD MENTAL						
Control de personas en tratamiento por depresión	Realizar seguimiento y refuerzo de adhesión al tratamiento	Evaluación y diagnóstico psicosocial: evaluación de condiciones de vida en relación a sintomatología y cumplimiento de indicaciones. Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Refuerzo de indicaciones y motivación para el tratamiento. Referencia a atención médica	Psicólogo Matrona Enfermera Asistente Social	80	0,5	3

(ANEXO 5)

			VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/ AÑO
INTERVENCION PSICOSOCIAL GRUPAL						
Personas en tratamiento por depresión	Reforzar adherencia al tratamiento Incentivar comportamientos de autoayuda	Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades (resolución de conflictos) Entrenamiento de comportamientos de autoayuda Identificación de relaciones de apoyo en la familia y red social Estimulación a la vinculación y participación	Psicólogo Asistente Social Matrona Enfermera Monitor	100	0,25 (8 personas en 2 hrs)	4
PSICOTERAPIA GRUPAL						
Personas en tratamiento por depresión	Modificar factores psicológicos	Sesiones de psicoterapia específica para depresión : cognitiva conductual, interpersonal y de resolución de problemas o conflictos	Psicólogo clínico	1	0,33 (6 personas en 2 hrs)	12
INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA						
Organizaciones / grupos	Detectar tempranamente Incentivar comportamientos de autoayuda Identificar y establecer redes de apoyo	Actividades grupales de sensibilización, intercambio de información, capacitación, asesoría y coordinación Coordinación de redes de apoyo comunitario	Médico general Psicólogo Asistente Social Enfermera Matrona	20	0,1	1
CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL						
Equipo de Salud General	Aumentar la capacidad resolutive del equipo de Atención Primaria Coordinación	Reuniones clínicas y de coordinación Atención conjunta de pacientes y/o familiares	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio	20	0,5	1

(ANEXO 6)

PRESTACIONES DE ATENCION ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DEPRESION

Demanda estimada = 6 por cada 1.000 personas mayores de 15 años

			VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/AÑO
CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL						
Equipo de Salud General, Profesionales de otros Servicios Clínicos, Equipo de Servicios de Urgencia	Aumentar la capacidad resolutive del equipo de salud de Atención Primaria Optimizar la coordinación	Reunión clínica y de coordinación Atención conjunta de pacientes	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio	100	0,5	1
CONSULTA PSIQUIÁTRICA						
Personas referidas por síntomas y/o diagnóstico de depresión mayor	Diagnóstico Tratamiento Reforzar adhesión al tratamiento	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Información, apoyo y orientación Indicación tratamiento psicoterapéutico / psicossocial y farmacológico según diagnóstico Evaluar necesidad de hospitalización Seguimiento de sintomatología, cumplimiento de indicaciones y efectos colaterales Psicoeducación Alta o referencia a Equipo de Salud General	Psiquiatra	50	0,5	6
	Complementar diagnóstico	Hemograma TSH , T3 T4 Sedimento urinario Electrolitos plasmáticos VDRL Electrocardiograma Tomografía Axial Computada Electroencefalograma Pruebas hepáticas Creatinemia Sreening de drogas		20 10 10 5 5 10 2 5 10 10 5		1

(ANEXO 7)

			VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)				
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA/ AÑO	
Continuación Consulta Psiquiátrica	Farmacoterapia	Amitriptilina		20		180	
		Imipramina		20			
		Fluoxetina		40			
		Moclobemida		5			
		Sertralina		5			
		Trazodona		5			
		Clomipramina		5			
		Diazepam		5			90
		Alprazolam		5			90
		Clorpromazina		5			90
		Haloperidol		5			90
		Carbonato de Litio		10			180
		Acido Valproico		5			180
Carbamazepina		5		180			
PSICODIAGNOSTICO							
Personas en tratamiento por depresión mayor	Diagnóstico	Aplicación de tests psicológicos	Psicólogo clínico	5	2	1	
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL							
Personas en tratamiento por depresión mayor	Modificar factores psicológicos	Psicoterapia específica para depresión : cognitiva conductual, interpersonal y de resolución de problemas	Psicólogo clínico Psiquiatra	5	0,75	6	
PSICOTERAPIA GRUPAL							
Personas en tratamiento por depresión mayor	Modificar factores psicológicos	Psicoterapia específica para depresión : cognitiva conductual, interpersonal y de resolución de problemas	Psicólogo clínico Psiquiatra	5	0,33 (6 personas en 2 horas)	12	
DIA CAMA HOSPITALIZACION CORTA Y MEDIANA ESTADIA							
Personas en tratamiento por depresión mayor	Tratamiento intensivo Prevención de suicidio	Evaluación y diagnóstico Farmacoterapia intensiva Intervención psicosocial individual y grupal	Equipo clínico	1	24	15 días	

